



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CAMPUS LAGARTO

NATALI LIMA ARAGÃO

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE CRIANÇAS COM PARALISIA
CEREBRAL**

LAGARTO
2018

NATALI LIMA ARAGÃO

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE CRIANÇAS COM PARALISIA
CEREBRAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Fisioterapia do Campus Lagarto,
Universidade Federal de Sergipe,
como parte dos requisitos para
graduação em Fisioterapia, sob a
orientação da Profa. Dr^a. Iandra
Maria Pinheiro de França Costa e
co-orientação da Profa. Dr^a Rosana
Machado de Souza.

LAGARTO

2018

RESUMO/ABSTRACT

A paralisia cerebral (PC) é caracterizada por um conjunto de desordens posturais e do movimento que causam limitações funcionais. É atribuída a distúrbios não-progressivos, porém mutáveis, decorrentes de lesão do cérebro imaturo, sendo o comprometimento motor a principal característica que as crianças com PC apresentam. O presente estudo teve como objetivo avaliar a capacidade funcional de crianças com paralisia cerebral através do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory* - PEDI), (*Gross Motor Function Classification System* – GMFCS) e (*Manual Ability Classification System* – MACS) atendidas pelo Serviço de Fisioterapia da UFS-Lagarto. A amostra foi composta por sete crianças com PC (média de idade de 3,8 anos). Obteve-se através dos resultados que as crianças com maior acometimento motor tem a capacidade funcional reduzida. Essa redução é influenciada pelas características clínicas e a distribuição dos sintomas que as crianças apresentam. Diante dos resultados evidenciados neste estudo conclui-se que o PEDI é um bom instrumento para detectar incapacidade funcional e serve de base para a caracterização do comprometimento funcional de crianças com PC.

PALAVRAS-CHAVES: Paralisia cerebral; PEDI; Avaliação; Funcionalidade; Criança

Cerebral palsy (CP) is characterized by a set of postural and movement disorders that cause functional limitations. It is attributed to non-progressive, but mutable, disorders resulting from immature brain injury, and the major complaint in children with CP is motor impairment. The present study aimed to evaluate the functional capacity by (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory* - PEDI), (*Gross Motor Function Classification System* – GMFCS) and (*Manual Ability Classification System* – MACS) of children with CP treated by Federal University of Sergipe physical therapy outpatient care. Sample was composed by seven children with CP (mean age: 3.8 years old). Findings showed children with greater motor impairment have reduced functional capacity by PEDI. Reduction is influenced by symptoms and clinical characteristics in CP children. In view of all results evidenced in this study, it is concluded that PEDI is a good measure to indicate functional disability and it serves as a basis for the characterization of the functional impairment of children with CP.

KEYWORDS: Cerebral palsy; PEDI; Evaluation; Functionality; Children

LISTA DE ABREVIATURAS

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

GMFCS - Gross Motor Function Classification System

MACS - Manual Ability Classification System

PEDI - Pediatric Evaluation of Disability Inventory

PC – Paralisia Cerebral

TCLE – Termo de consentimento Livre esclarecido

UFS – Universidade Federal de Sergipe

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Escore individual da PEDI das crianças com paralisia cerebral atendidas pelo serviço de Fisioterapia da UFS Lagarto-----	14
Figura 2: Média dos domínios do PEDI das crianças com paralisia cerebral atendidas pelo serviço de Fisioterapia da UFS Lagarto-----	14
Figura 3: Valores do GMFCS das crianças com paralisia cerebral atendidas pelo serviço de Fisioterapia da UFS Lagarto-----	15
Figura 4: Valores do MACS das crianças com paralisia cerebral atendidas pelo serviço de Fisioterapia da UFS Lagarto-----	15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra com distribuição dos sintomas e características clínicas-----	13
Tabela 2: Valores de correlações entre os domínios da PEDI-----	16
Tabela 3: Valores de correlações entre a PEDI e as escalas GMFCS e MACS-----	16

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO-----	8
2. MÉTODO-----	10
2.1. Aspectos Éticos-----	10
2.2. Tipo de Estudo-----	10
2.3. Participantes-----	10
2.4. Instrumentos de Avaliação-----	10
2.5. Análise Estatística-----	12
3. RESULTADOS-----	13
4. DISCUSSÃO-----	17
5. CONCLUSÃO-----	20
6. REFERÊNCIAS-----	21

Apêndices

Anexos

1. INTRODUÇÃO

As lesões neurológicas ocorridas na infância acarretam comprometimentos diversos no sistema nervoso, sendo a paralisia cerebral (PC) um dos problemas neurológicos mais frequentes e importantes, que ocorre na fase de desenvolvimento encefálico. A PC é atribuída a um grupo de distúrbios não-progressivos decorrentes de lesão do cérebro em maturação, e descrita como um conjunto de desordens posturais e de movimento que acabam levando à limitação funcional da criança¹.

Segundo Santos², entre as principais definições que foram sendo formuladas ao longo do tempo sobre PC, a de Bobath (1979) foi reconhecidamente importante, na qual define como sendo o resultado de uma lesão ou mau desenvolvimento do cérebro, de caráter não progressivo, e existindo desde a infância. A deficiência motora se expressa em padrões anormais de postura e movimentos, associados com um tônus postural anormal. A lesão que atinge o cérebro quando ainda é imaturo interfere com o desenvolvimento motor normal da criança².

A etiologia é multifatorial e pode ser desencadeada nos períodos pré, peri ou pós-natal, referências mais recentes elucidam que a PC pode ocorrer até os três anos de vida. O quadro neuromotor pode envolver partes distintas do corpo, dependendo da área cerebral acometida, gerando diferentes classificações baseadas nesse princípio. Podendo ser classificada por aspectos anatômicos em hemiplegia*, diplegia* e quadriplegia*. Outro tipo de classificação relaciona-se ao tônus muscular e presença de movimentação anormal, apresentada nas formas espástica*, atetósica*, atáxica*, hipotônica* e mista*. Na PC, as deformidades musculoesqueléticas como equinismo* do tornozelo, valgismo* e verismo* do pé são as mais frequentes e constituem as deficiências físicas mais comuns na infância³.

O prejuízo motor é muito comum na maioria dos pacientes com PC, seja em maior ou menor grau. No entanto, grande parcela dos pacientes apresentam outros problemas associados, como problemas sensoriais, epilepsia, alteração metabólica, deformidades, disfagia, distúrbio de linguagem⁴.

Desse modo, a PC pode interferir na interação da criança em contextos relevantes e influenciar a aquisição e/ou desempenho não somente de habilidades motoras básicas, tais como rolar, sentar, engatinhar e andar, mas também de

¹atividades da rotina diária relacionadas a higiene, alimentação, vestuário e locomoção em ambientes variados⁵.

Em virtude do comprometimento motor (eventualmente sensorial e de comunicação), muitas crianças com PC podem apresentar limitações significativas no desempenho de atividades e restrições na participação que incluem, além dos aspectos de mobilidade e autocuidados, a educação e as relações sociais. Essas crianças, muitas vezes, necessitam de adaptações/modificações ambientais que lhes assegurem condições de acessibilidade e participação⁶.

A funcionalidade é definida como um comportamento ou uma ação para a qual possa ser visualizado um início e um fim; isto é: algo passível de execução. As execuções de uma funcionalidade podem ser identificadas em termos de entrada e saída de entidades específicas ou de atributos pertencentes a entidades específicas. Desse modo, o objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade funcional de crianças com paralisia cerebral atendidas pelo Serviço de Fisioterapia da UFS-Lagarto. Partiu-se da hipótese que o acometimento motor das crianças com PC pode levar a uma redução da capacidade funcional, comprometendo a sua participação social, pois o processo de desenvolvimento dessas crianças pode ser influenciado pelo meio em que vivem e pelos estímulos que recebem.

*Hemiplegia- paralisia que pode ser parcial ou total, sobre um hemicorpo do paciente afetado.

*Diplegia- paralisia que acomete partes simétricas de ambos os lados do corpo.

*Quadriplegia- paralisia dos quatros membros ou extremidades, bem como a musculatura do tronco.

*Espástica- caracterizada pela presença de rigidez muscular e dificuldade de movimento.

*Atetósica- apresenta movimentação involuntária instável sendo sistema muscular é instável e flutuante.

*Atáxica- falta de equilíbrio e falta de coordenação motora e em atividades musculares voluntárias.

*Hipotônica- Caracterizada por articulações frouxas e músculos enfraquecido.

*Mista- combinam-se características da Paralisia Cerebral espástica, atetósica e atáxica.

*Equinismo- Deformação congênita ou adquirida do pé que se encontra em hiperextensão máxima.

*Valgismo- desalinhamentos do joelho, os joelhos são forçados “para dentro” e os pés se posicionam “para fora”, ocasionando uma maior descarga de peso na região lateral do joelho.

*Verismo- desalinhamentos do joelho, uma maior sobrecarga na parte medial do joelho e estiramento das estruturas laterais, pois essa articulação fica “para fora” e os pés se posicionam “para dentro”.

2. MÉTODO

2.1- Aspectos Éticos

Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS), sob o número de parecer CAAE: 79268617.3.0000.5546/2017. Os responsáveis pelos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) baseado na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

2.2- Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de natureza transversal. A coleta de dados foi realizada no período entre dezembro de 2017 e janeiro de 2018 na Clínica Escola de Fisioterapia e no Centro de Fisioterapia do Município de Lagarto - Se.

2.2- Participantes

Foram composto por sete crianças que possuem diagnóstico clínico de PC e que realizam tratamento fisioterapêutico ambulatorial nos campos de estágio do Curso de Fisioterapia da UFS-Lagarto, com idade entre seis meses até sete anos de idade.

2.3- Instrumentos de Avaliação

Foi utilizada uma ficha de avaliação inicial elaborada pelos pesquisadores (APÊNDICE 2), contendo dados de identificação, anamnese, e exame físico das crianças.

A funcionalidade foi avaliada pelo *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI) (ANEXO 1) que é um instrumento padronizado e validado para a versão brasileira que utiliza informações fornecidas pelos pais ou responsáveis pela criança (de seis meses e sete anos e meio) na forma de uma entrevista estruturada. É dividido em três partes: habilidades funcionais, assistência do cuidador e modificações do ambiente, sendo que em cada uma delas é avaliado o autocuidado, a mobilidade e a função social⁷.

Para esta pesquisa foi utilizada apenas a primeira parte do teste, a qual avalia as habilidades disponíveis no repertório funcional da criança. As atividades e tarefas específicas foram agrupadas, refletindo o desempenho funcional em três aspectos do desenvolvimento: o autocuidado (73 itens), a mobilidade (59 itens) e a função social

(65 itens). Cada item desta parte é pontuado com escore 0 (zero), se a criança não é capaz de desempenhar a atividade funcional, ou 1 (um) se a atividade fizer parte do repertório de habilidades da criança. O PEDI fornece o escore bruto por meio da somatória dos itens. Assim, com esse resultado, é possível determinar o escore normativo, ou seja, aquilo que é esperado para uma criança da mesma idade com desenvolvimento normal. Um escore normativo entre 30 e 70 pontos é considerado dentro do intervalo de normalidade, ao passo que resultados inferiores a 30 ilustram atraso ou desempenho significativamente inferior ao demonstrado por crianças da mesma faixa etária, e os acima de 70 sugerem um desempenho superior. Já o escore normativo de 50 pontos obtidos no teste corresponde ao escore médio esperado^{8;9}.

Para classificação do desempenho funcional da criança foi utilizada a escala do sistema GMFCS (*Gross Motor Function Classification System*) (ANEXO 2) um instrumento padronizado e validado para a versão brasileira, que classifica o grau de limitação que a criança apresenta em cinco níveis: no nível I a criança apresenta deambulação independente, sem restrição em ambientes externos; no II, demonstra dificuldades mínimas para correr e pular; no nível III necessita de aparelhos auxiliares da marcha; no IV, troca passos com andador; e no nível V apresenta mobilidade gravemente limitada, mesmo com assistência. O instrumento é adaptado à idade da criança, avaliando-se separadamente menores de 2 anos, de 2 a 4 anos, de 4 a 6 anos e de 6 a 12 anos¹⁰.

Na avaliação das habilidades manuais foi utilizado o MACS (*Manual Ability Classification System*) (ANEXO 3) que consiste em um método sistemático para classificar as crianças com paralisia cerebral em relação ao uso das mãos quando manipulam objetos nas atividades diárias, sendo um instrumento padronizado e validado para a versão brasileira. O MACS está baseado nas habilidades manuais que são iniciadas voluntariamente, com ênfase particular na manipulação de objetos no espaço pessoal do indivíduo (espaço imediato e próximo do corpo a uma distância de objetos que não os alcance). Divide-se em cinco níveis e segue a mesma linha de classificação do GMFCS, quanto maior o nível de classificação maior o comprometimento motor¹¹

2.4- Análise Estatística

A análise estatística foi realizada através do programa Bioestat versão 5.3, estabelecendo um intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$). As variáveis contínuas foram expressas pela média e desvio-padrão. As correlações foram mensuradas por regressão linear simples utilizando o coeficiente de correlação de Pearson (r) ou coeficiente de Spearman para amostras não normais.

3. RESULTADOS

De um total de quinze crianças recrutadas, oito foram excluídas e apenas sete compuseram a amostra final, sendo quatro do sexo masculino e três do sexo feminino com idade média de 3,8 anos. Em relação à distribuição dos sintomas, o tipo de PC mais frequente foi a quadriplegia. Já, em relação às características clínicas o tipo mais prevalente foi o espástico (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra com distribuição dos sintomas e características

Participantes	*n= 7 (100%)
Distribuição dos sintomas:	-
Hemiplegia	n=1 (14,2%)
Diplegia	n=2 (28,5%)
Quadriplegia	n= 4 (57,1%)
Características Clínicas:	-
Atáxico	n=1 (14,2%)
Discinético	n=1 (14,2%)
Espástico	n=3 (42,8%)
Hipotônico	n=2 (28,5%)

clínicas.

*n: Número da amostra

A média da pontuação do PEDI das crianças avaliadas foi de 38,57. Os valores do escore individual das crianças estão descritos na (Figura 1). Quando estratificadas pelos domínios da PEDI, observa-se a seguinte média da distribuição dos valores: autocuidado 17,42; mobilidade 12,14; e função social 9 (Figura 2).

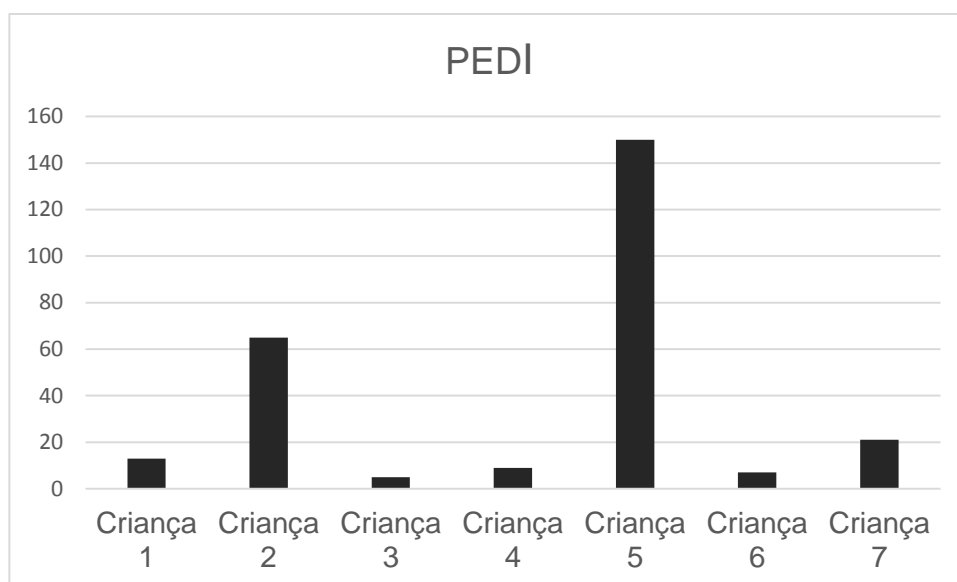


Figura 1: Escore individual da PEDI das crianças com paralisia cerebral atendidas pelo serviço de Fisioterapia da UFS Lagarto.

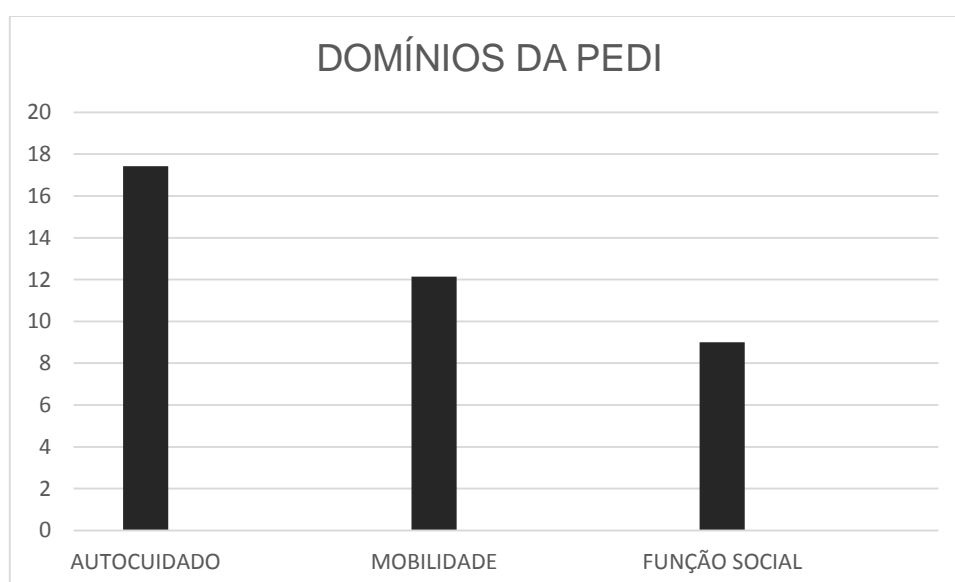


Figura 2: Média dos domínios do PEDI das crianças com paralisia cerebral atendidas pelo serviço de Fisioterapia da UFS Lagarto.

Quanto à classificação pelo GMFCS, a maioria das crianças foi classificada nos níveis III e V, como representado na (Figura 3).

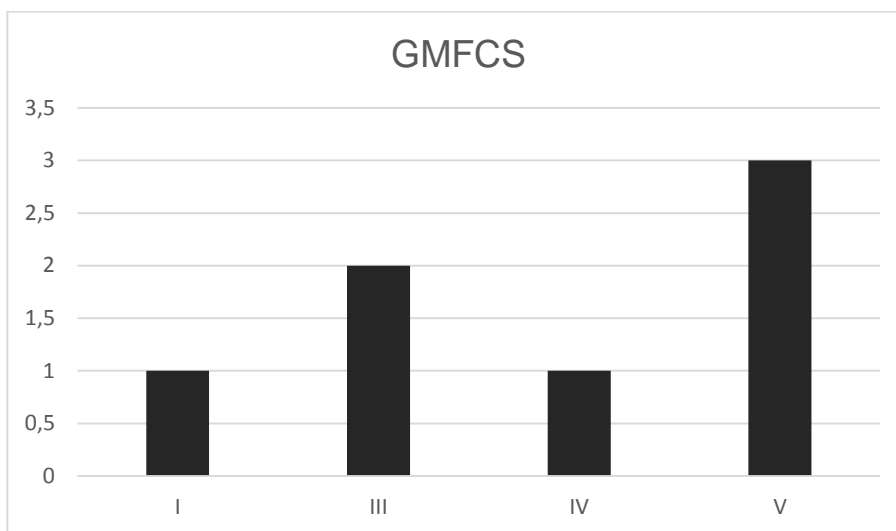


Figura 3: Valores do GMFCS das crianças com paralisia cerebral atendidas pelo serviço de Fisioterapia da UFS Lagarto.

A maioria das crianças foram classificadas nos níveis II e III da MACS, como representado na (Figura 4).

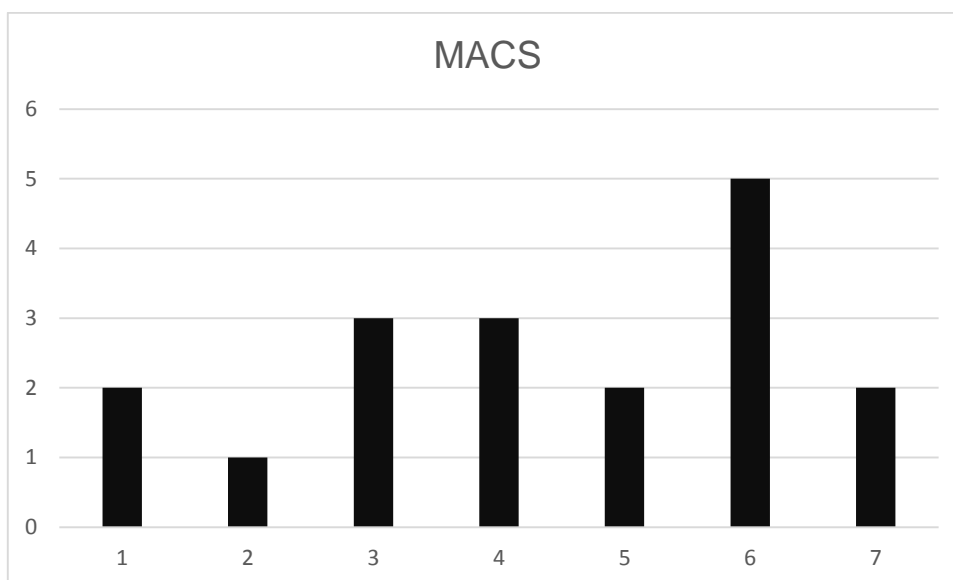


Figura 4: Valores do MACS das crianças com paralisia cerebral atendidas pelo serviço de Fisioterapia da UFS Lagarto.

Os valores dos coeficientes de correlação entre os domínios do PEDI estão representados na (Tabela 2), e os valores de correlação entre o PEDI e o GMFCS e o MACS na (Tabela 3).

Tabela 2: Valores de correlações entre os domínios da PEDI.

AUTOCUIDADO X MOBILIDADE	AUTOCUIDADO X FUNÇÃO SOCIAL	MOBILIDADE X FUNÇÃO SOCIAL
rs= 0,8165	rs= 0,8611	rs= 0,8165

Coeficiente de correlação de Spearman

Tabela 3: Valores de correlações entre a PEDI e as escalas GMFCS e MACS.

PEDI x GMFCS	PEDI x MACS	GMFCS x MACS
rs= -0,8524	rs= -0,8233	rs= 0,543

Coeficiente de correlação de Spearman

4. DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou como a funcionalidade tem influência nas mais diversas atividades cotidianas e no ambiente onde ela está inserida. Tendo como objetivo a caracterização da capacidade funcional das crianças que são atendidas pelo Serviço de Fisioterapia da UFS-Lagarto que é fornecido em conjunto com o Sistema Único de Saúde. A amostra foi heterogênea sendo composta por crianças com seguinte distribuição dos sintomas: hemiplegia, diplegia e quadriplegia. Já em relação às características clínicas, a amostra apresentou tipos atáxico, discinético, espástico e hipotônico, demonstrando assim que os acometimentos motores em crianças com PC são variados. Esses achados são corroborados pela pesquisa de Dias¹² que ao realizarem um estudo do tipo transversal, avaliaram todas as crianças diagnosticadas com PC que faziam parte de um atendimento multidisciplinar que também encontraram uma amostra heterogênea e concluíram que as variabilidades na caracterização das crianças influenciam nos resultados, evidenciando respostas discrepantes e variáveis de uma criança em relação a outra¹².

Neste estudo, os escores obtidos do PEDI foram considerados baixos demonstrando assim um comprometimento funcional das crianças avaliadas. No PEDI quanto mais alto for o escore, melhor vai ser a capacidade funcional da criança, sendo que esse escore é influenciado pela distribuição dos sintomas e as características clínicas que a criança apresenta. Pelo presente estudo, pode ser observado que o comprometimento funcional fica mais evidenciado nos domínios de mobilidade e função social, onde as crianças receberam os menores escores. O domínio autocuidado foi o qual as crianças receberam maior pontuação, demonstrando que elas são mais independentes neste aspecto por ter a participação ativa de um cuidador. Cesa¹³ ao realizarem um estudo demonstraram que os três domínios avaliados do PEDI sofrem influência nos valores do escore final, sendo esse escore determinado por um conjunto de fatores entre eles o grau de comprometimento motor e a participação ativa de um cuidador na vida da criança¹³.

Com isso, quanto pior for o desempenho funcional, maior a necessidade de auxílio, principalmente nas áreas de autocuidado e mobilidade. Esse fato pode levar os pais a dar uma assistência maior do que a necessária em determinadas atividades. Isso certamente é prejudicial, pois impede que a criança que tem um

comprometimento mais ameno realize algumas atividades que conseguiria sem ajuda¹⁴.

Durante o desempenho de atividades e tarefas da rotina diária, a incapacidade motora da criança é manifestada. Isso justifica os baixos escores obtidos nos domínios do PEDI nesta amostra. O grau de comprometimento neuromotor interfere funcionalmente no desempenho motor, ou seja, quanto maior a gravidade do comprometimento, maior será a presença de fatores limitantes que podem restringir a capacidade funcional das crianças com PC¹⁵.

Os distúrbios permanentes do desenvolvimento da postura e do movimento do paciente com PC são causadores de limitações nas atividades funcionais. Com o aumento da expectativa de vida desses pacientes, há maior preocupação com sua incapacidade funcional. A perda da funcionalidade pode estar relacionada à diminuição da flexibilidade, força e resistência, e aumento da espasticidade, alterações musculoesqueléticas, dores e fadiga, levando a limitações na função da marcha¹⁶.

Em geral, os resultados reforçam a coerência de informação funcional disponibilizada pelas classificações e pelos testes. De fato, crianças classificadas nos níveis superiores do MACS e do GMFCS (indicando maior gravidade) apresentam menor capacidade da função motora grossa, comparadas às crianças nos níveis mais inferiores, que ilustram gravidades leve e moderada da condição de PC. No presente estudo, as crianças foram classificadas nos níveis mais altos do GMFCS e MACS, demonstrando assim um grave comprometimento nas suas funções motoras grossas e habilidades manuais. Corroborando assim com o estudo de Souza¹⁷ que utilizou os mesmos instrumentos (PEDI, GMFCS e MACS), e tinha como objetivo principal investigar a relação entre a funcionalidade de crianças com PC com os diferentes níveis de gravidade. Apresentando resultados semelhantes aos achados no presente estudo.

O acometimento motor das crianças com PC pode estar interligado à independência funcional, à sua função motora e à participação social, pois o processo de desenvolvimento dessas crianças pode ser influenciado pelo meio em que vivem e pelos estímulos que recebem¹⁸.

Foi observada correlação forte entre os domínios do PEDI, indicando que os indivíduos que tiveram baixo escore na mobilidade também apresentaram baixa participação social e baixos índices em autocuidado.

Quando o PEDI foi correlacionado com o GMFCS, pode-se observar correlação negativa forte, indicando que quanto maior o escore obtido no PEDI, menor pontuação na GMFCS, indicando boa capacidade funcional e menor acometimento das habilidades motoras grossas. Isso também foi observado pela forte correlação negativa entre o PEDI e a MACS, indicando também que quanto menor o escore no PEDI, maior pontuação na MACS, indicando comprometimento motor maior das habilidades manuais nos participantes do estudo.

Na correlação entre o GMFCS e o MACS, observa-se uma correlação positiva regular, elucidando uma correlação entre os dados (níveis) das escalas.

Vasconcelos¹⁹ demonstraram que os resultados encontrados em seu estudo ratificam evidências já documentadas na literatura no que se refere às expectativas funcionais de crianças graves, ou seja elas apresentam desempenho inferior às de comprometimento leve. Estes achados corroboram com o presente estudo, onde as crianças que foram classificadas nos níveis máximo da GMFCS e MACS apresentaram capacidade funcional reduzida e pontuação baixa no PEDI.

Em uma pesquisa foi avaliada a relação entre gravidade da condição de PC e a realização de atividades de vida diária e sociais, foi observado que quanto maior o comprometimento da criança com PC, mais restrições no desempenho de atividades sociais, em decorrência não só das dificuldades de se engajar em atividades comuns às outras crianças, como também pela dificuldade de executá-las com sucesso e integrar-se ao grupo²⁰.

Em síntese, os resultados deste estudo demonstraram uma relação entre tipo de classificação e caracterização do comprometimento motor da PC com a capacidade funcional das crianças.

5. CONCLUSÃO

Considerando as características dos participantes, o resultado final sugere que quanto maior for o comprometimento motor da criança menor será a capacidade funcional. O presente estudo demonstrou que o PEDI pode ser uma boa escala para a avaliação da capacidade funcional e serve de direcionamento para escolha de condutas e planejamento das intervenções clínicas em crianças com PC. Esses dados serviram de base para a caracterização funcional do grupo estudado. Algumas limitações deste estudo devem ser apontadas como o reduzido número de participantes, a variabilidade da idade e a grande heterogeneidade das manifestações clínicas das crianças. Sugere-se que, estudos futuros, utilizem-se de quantitativo maior e amostra mais homogênea em relação ao acometimento motor.

6. REFERÊNCIAS

1. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M. A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2007; 49 (Suppl 109):8-14.
2. Santos, P. D. et.al. Instrumentos que avaliam a independência funcional em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev. Fisio. e Pesq*. 2016 set.; 23 (3): 318.
3. Shepherd, R. B. *Fisioterapia em Pediatria*. 3ª Edição. São Paulo Editora Santos, 2002.
4. Cesa, C. C. et.al. Avaliação da capacidade funcional de crianças com paralisia cerebral. *Rev. CEFAC*. Jul./Ago., 2014. 16 (4): 1266-1272.
5. Brasileiro, I. C. et.al. Atividades e participação de crianças com Paralisia Cerebral conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev. Bras. de Enfer*. Jul./Ago. 2009; 64 (4): 503.
6. Alpino, A.M.S. *Consultoria colaborativa escolar do fisioterapeuta: Acessibilidade e participação do aluno com paralisia cerebral em questão*. Edição única. São Carlos – SP. Universidade Federal de São Carlos, 2008.
7. Santos, P. D. et.al. Instrumentos que avaliam a independência funcional em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev. Fisio. e Pesq*. 2016 set.; 23 (3): 318.
8. Camargos, A.C.R. et. al. Relação entre independência funcional e qualidade de vida na paralisia cerebral. *Rev. Fisio. em Mov*. Jan./Mar., 2012; 25 (1): 83-92.
9. Paicheco, Roseli et al. *Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI): aplicabilidade no diagnóstico de transtorno invasivo do desenvolvimento e retardo mental*. São Bernardo do Campo: Med Reabil, 2010

10. Dias, A. C. B. et.al. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral participantes de tratamento multidisciplinar. Rev. Fisio. E Pesq. jul/set. 2010; 17 (3): 225.
11. Mancini MC. Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI): manual da versão brasileira adaptada. Belo Horizonte: UFMG; 2005.
12. Dias, A. C. B. et.al. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral participantes de tratamento multidisciplinar. Rev. Fisio. E Pesq. jul/set. 2010; 17 (3): 225
13. Cesa, C. C. et.al. Avaliação da capacidade funcional de crianças com paralisia cerebral. Rev. CEFAC. Jul./Ago., 2014. 16 (4): 1266-1272.
14. Silva, P.L et.al., Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral quadriplegica hipertônica: estudo de casos. Rev. Cient. da FHO|UNIARARAS 2013; 1 (1)
15. Mancini MC, Alves ACM, Schaper C, Figueiredo EM, Sampaio RF, Coelho ZAC, et al. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. Rev Bras Fisioter. 2004;8(3):253-60.
16. Silva, F. P. et.al. Reeducação postural global em um adulto com paralisia cerebral: um estudo de caso. Fisioter Pesq. 2015;22(1):90-96
17. Souza, N. T. et. al. Qualidade de vida e funcionalidade de crianças com paralisia cerebral. Universidade de Juiz de Fora. 2011; 1(1).
18. Rézio, G. F. et.al. Estudo da independência funcional, motricidade e inserção escolar de crianças com paralisia cerebral. Rev. Brasil. de Edu. Especial., Marília, Out./Dez., 2012; 18(4):601-614,.

19. Vasconcelos, R. L. M. et. al. Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor. Rev. Bras. Fisioter. set./out., 2009 8 (5): 390-7.
20. Vasconcelos, R. L. M. et. al. Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor. Rev. Bras. Fisioter. set./out., 2009 8 (5): 390-7.
21. Bjornson KF, Belza B, Kartin D, Logsdon R, McLaughlin J, Thompson EA. The relationship of physical activity to health status and quality of life in cerebral palsy. *Pediatr Phys Ther.* 2008; 20 (3):247-53.

Apêndices

Apêndice 1: Termo de consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: Avaliação da capacidade funcional em crianças com paralisia cerebral atendidas pela Universidade Federal de Sergipe (UFS)/ Lagarto, sob execução da aluna Natali Lima Aragão e sob responsabilidade da pesquisadora Prof. Dr^a. Iandra Maria Pinheiro de França Costa, (Departamento de fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto).

O objetivo do estudo é avaliar a capacidade funcional das com crianças com paralisia cerebral através da escala do Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). A finalidade deste trabalho é conhecer o perfil funcional das crianças assistidas pela Fisioterapia na UFS do campus de lagarto/Sergipe e contribuir para o tratamento fisioterapêutico dessas crianças. A pesquisa justifica-se pelo fato do profissional fisioterapeuta ser um dos principais profissionais envolvidos no processo de reabilitação da criança com paralisia cerebral.

Os procedimentos da avaliação serão da seguinte forma: você (responsável pela criança) está sendo convidado a responder a um questionário sobre alguns dados pessoais que serão importantes para a pesquisa. Em seguida a criança será submetida a uma avaliação funcional através da escala PEDI. As informações conseguidas através de sua participação não permitirão a identificação de sua pessoa. A divulgação das informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Caso aceite, desejo esclarecer que você pode ficar exposto (a) a um desconforto e risco mínimo de constrangimento pelo fato da entrevista e avaliações, que duram em média 30 minutos, sendo que se justifica pelo benefício que esse teste e questionário trarão tanto para o indivíduo e seus responsáveis, através do esclarecimento de sua condição de saúde, quanto para os profissionais, pois revelará dados importantes para a construção de uma terapêutica adequada.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você, caso desejar. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no curso de fisioterapia, na Universidade Federal de Sergipe e outra será fornecida a você. Os TCLEs e as informações/dados obtidos com a pesquisa serão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta.

O projeto de pesquisa foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo a Resolução nº 466, de 10 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília – DF.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional. Em caso de haver gastos de tempo, transporte, alimentação, dentre outros, serão de responsabilidade do voluntário (a) e não haverá compensação financeira.

Para indivíduos vulneráveis como crianças, adolescentes, presidiários, índios, pessoas com capacidade mental ou com autonomia reduzida devem ter um representante legal, sem prejuízo de sua autorização.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. A aluna Natali Lima Aragão, a professora e orientadora landra Maria Pinheiro de França Costa e a professora e coorientadora Rosana Machado de Souza certificaram-me de que todos os dados pessoais serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei chamar a professora e orientadora landra Maria Pinheiro de França Costa no telefone e e-mail (79) 98107-8889/iandramaria@bol.com.br ou a aluna Natali Lima Aragão no telefone (79) - 99943-2136 ou ainda o Comitê de Ética da UFS – Universidade Federal de Sergipe. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste

termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Lagarto-SE, _____ de _____, de 2018.

Nome do participante:

Fone:

Assinatura do participante

Pesquisadora: Iandra Maria Pinheiro de França Costa Fone: (79) 98107-8889

Assinatura da pesquisadora

Aluna-pesquisadora: Natali Lima Aragão Fone: (79) 99943-2136

Apêndice 2: Ficha de Avaliação

Ficha de Avaliação

IDENTIFICAÇÃO	Data: __/__/__
Nome: _____	
Sexo () Data do nascimento: __/__/__ Idade: _____ Prematuro: () sim () não	
Lateralidade (se maior que 3 anos = dominância): _____	
Endereço: _____ Tel: _____	
Responsável	
Nome: _____	
Idade: _____ Profissão: _____	

Historia clinica:

História familiar:

História Social:

() Escola () Fonoaudiologia () Terapia Ocupacional () Atividade física () outros

Lazer: _____

Medicamentos

Deambula? Usa órteses?

Sialorréia? () Sim () Não**Tônus Muscular (Escala de Ashworth):** _____**Distribuição dos sintomas:**

Hemiplegia () Diplegia () Quadriplegia ()

Movimentos involuntários:

Atetóide () Ataxia () Coréico () Balismos () Distonia () Coreoatetóide

GMFCS: _____**MACS:** _____

Anexos

Anexo 1: PEDI - Pediatric Evaluation of Disability Inventory

PEDI – Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

Parte I: Habilidades funcionais

Área de Autocuidado

(Marque cada item correspondente: escore dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

A: TEXTURA DOS ALIMENTOS

- 1 – Come alimentos batido/amassado/coado
- 2 – Come alimento moído/granulado
- 3 – Come alimento picado/em pedaços
- 4 – Come comidas de texturas variadas

B: UTILIZAÇÃO DE UTENSÍLIOS

- 5 – Alimenta-se com os dedos
- 6 – Pega comida com colher e leva até a boca
- 7 – Usa bem a colher
- 8 – Usa bem o garfo
- 9 – Usa faca para passar manteiga no pão, corta alimentos macios

C: UTILIZAÇÃO DE RECIPIENTES DE BEBER

- 10 – Segura mamadeira ou copo com bico ou canudo
- 11 – Levanta copo para beber, mas pode derramar
- 12 – Levanta, com firmeza, copo sem tampa, usando as 2 mãos
- 13 - Levanta, com firmeza, copo sem tampa, usando 1 das mãos
- 14 – Serve-se de líquidos de uma jarra ou embalagem

D: HIGIENE ORAL

- 15 – Abre a boca para limpeza dos dentes
- 16 – Segura escova de dentes

- 17 – Escova os dentes, porém sem escovação completa
- 18 – Escova os dentes completamente
- 19 – Coloca creme dental na escova

E: CUIDADOS COM OS CABELOS

- 20 – Mantém a cabeça estável enquanto o cabelo é penteado
- 21 – Leva pente ou escova até o cabelo
- 22 – Escova ou penteia o cabelo

- 23 – É capaz de desembaraçar e partir o cabelo

F: CUIDADOS COM O NARIZ

- 24 – Permite que o nariz seja limpo
- 25 – Assoa o nariz com lenço
- 26 – Limpa nariz usando lenço ou papel quando solicitado
- 27 – Limpa nariz usando lenço ou papel sem ser solicitado
- 28 – Limpa e assoa o nariz sem ser solicitado

G: LAVAR AS MÃOS

- 29 – Mantém as mãos elevadas para que as mesmas sejam lavadas
- 30 – Esfrega as mãos uma na outra para limpá-las
- 31 – Abre e fecha torneira e utiliza sabão
- 32 – Lava as mãos completamente
- 33 – Seca as mãos completamente

H: LAVAR O CORPO E A FACE

- 34 – Tenta lavar partes do corpo
- 35 – Lava o corpo completamente, não incluindo a face
- 36 – Utiliza sabonete (e esponja, se for de costume)
- 37 – Seca o corpo completamente
- 38 – Lava e seca a face completamente

I: AGASALHO/ VESTIMENTAS ABERTAS NA FRENTE

- 39 – Auxilia empurrando os braços para vestir a manga da camisa
- 40 – Retira camisetas, vestido ou agasalho sem fecho

- 41 – Coloca camiseta, vestido ou agasalho sem fecho
- 42 – Coloca e retira camisas abertas na frente, porém sem fechar
- 43 – Coloca e retira camisas abertas na frente, fechando-as

J: FECHOS

- 44 – Tenta participar no fechamento de vestimentas
- 45 – Abre e fecha fecho de correr, sem segurá-lo ou fechar o botão
- 46 – Abre e fecha colchete de pressão
- 47 – Abotoa e desabotoa
- 48 – Abre e fecha o fecho de correr (zíper), separando e fechando o colchete/botão

K: CALÇAS

- 49 – Auxilia colocando as pernas dentro da calça para vestir
- 50 – Retira calças com elástico na cintura
- 51 – Veste calças com elástico na cintura
- 52 – Retira calças, incluindo abrir fechos
- 53 – Veste calças, incluindo fechar fechos

L: SAPATOS/ MEIAS

- 54 – Retira meias e abre os sapatos
- 55 – Calça sapatos/sandálias
- 56 – Calça meias
- 57 – Coloca o sapato no pé correto; maneja fechos de velcro
- 58 – Amarra sapatos (prepara cadarço)

M: TAREFAS DE TOALETE (roupas, uso de banheiro e limpeza)

- 59 – Auxilia no manejo de roupas
- 60 – Tenta limpar-se depois de utilizar o banheiro
- 61 – Utiliza vaso sanitário, papel higiênico e dá descarga
- 62 – Lida com roupas antes e depois de utilizar o banheiro
- 63 – Limpa-se completamente depois de evacuar

N: CONTROLE URINÁRIO (escore = 1 se a criança já é capaz)

- 64 – Indica quando molhou fralda ou calça

- 65 – Ocasionalmente indica necessidade de urinar (durante o dia)
- 66 – Indica, consistentemente, necessidade de urinar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)
- 67 – Vai ao banheiro sozinho para urinar (durante o dia)
- 68 – Mantém-se completamente seco durante o dia e à noite

O: CONTROLE INTESTINAL (escore = 1 se a criança já é capaz)

- 69 – Indica necessidade de ser trocado
- 70 – Ocasionalmente manifesta vontade de ir ao banheiro
- 71 – Indica, constantemente, necessidade de evacuar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)
- 72 – Faz distinção entre urinar e evacuar
- 73 – Vai ao banheiro sozinho para evacuar, não tem acidentes intestinais

Somatório da Área de Autocuidado:

Por favor, certifique-se de ter respondido a todos os itens.

Comentários:

Área de Mobilidade

(Marque o correspondente para cada item; escore dos itens 0 = incapaz; 1 = capaz)

A: TRANSFERÊNCIAS NO BANHEIRO

- 1- Fica Sentado se estiver apoiado em equipamento ou no adulto
- 2- Fica sentado sem apoio na privada ou troninho
- 3- Senta e levanta de privada baixa ou troninho
- 4- Senta e levanta de privada própria para adulto
- 5- Senta e levanta da privada sem usar seus próprios braços

B: TRANSFERÊNCIAS DE CADEIRAS/CADEIRAS DE RODAS 0 1

- 6- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou adulto
- 7- Fica sentado em cadeira ou banco sem apoio
- 8- Senta e levanta de cadeira, mobília baixa/infantis
- 9- Senta e levanta de cadeira/cadeira de rodas de tamanho adulto
- 10- Senta e levanta de cadeira sem usar seus próprios braços

C-1: TRANSFERÊNCIAS NO CARRO

- 11a – Movimenta se no carro; mexe se e sobe/desce da cadeirinha de carro
- 12a – Entra e sai do carro com pouco auxilio ou instrução
- 13a – Entra e sai do carro sem assistência ou instrução
- 14a – Maneja cinto de segurança ou sinto da cadeirinha de carro
- 15a – Entra e sai do carro e abre e fecha a porta do mesmo

C-2: TRANSFERÊNCIAS NO ÔNIBUS

- 11b – Sobe e desce do banco do ônibus
- 12b – Move-se com ônibus em movimento
- 13b – Desce a escada o ônibus
- 14b – Passa na roleta
- 15b – Sobe a escada do ônibus

D: MOBILIDADE NA CAMA/TRANSFERÊNCIAS

- 16 – Passa de deitado para sentado na cama ou berço
- 17 – Passa de sentado na beirada da cama; deita a partir de sentado na beirada da cama
- 18 – Sobe e desce de sua própria cama
- 19 – Sobe e desce de sua própria cama sem usar braços

E: TRANSFERÊNCIAS NO CHUVEIRO

- 20 – Entra no chuveiro
- 21 – Sai do chuveiro
- 22 – Agacha para pegar sabonete ou shampoo no chão
- 23 – Abre e fecha Box/cortinado
- 24 – Abre e fecha torneira

F: MÉTODOS DE LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO (escore 1 se já realiza)

- 25-Rola, pivoteia, arrasta ou engatinha no chão
- 26-Anda, porém segurando-se na mobília, parede, adulto ou utiliza aparelhos para apoio
- 27-Anda sem auxilio

G: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO DISTÂNCIA/VELOCIDADE (escore 1 se já realiza)

28 – Move-se pelo ambiente, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)

29 – Move-se pelo ambiente sem dificuldade

30 – Move-se entre ambientes, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)

31 – Move-se entre ambientes sem dificuldade

32 – Move-se em ambientes internos por 15m; abre e fecha portas internas e externas

H: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: ARRASTA/ CARREGA OBJETOS

33 – Muda de lugar intencionalmente

34 – Move-se, concomitantemente, com objetos pelo chão

35 – Carrega objetos pequenos que cabem em uma das mãos

36 – Carrega objetos grandes que requerem a utilização das duas mãos

37 – Carrega objetos frágeis ou que contenham líquidos

I: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO MÉTODOS

38 – Anda, mas segura em objetos, adultos ou aparelhos de apoio

39 – Anda sem apoio

J: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO:

DISTÂNCIA/VELOCIDADE (escore 1 se já for capaz) 0 1

40 – Move-se por 3-15m (comprimento de 1-5 carros)

41 – Move-se por 15-30m (comprimento de 5-10 carros)

42 – Move-se por 45m

43 – Move-se por 45m ou mais, mas com dificuldade (tropeça, velocidade lenta para a idade)

44 – Move-se por 45m ou mais sem dificuldade

K: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: SUPERFÍCIE

45 – Superfícies niveladas (passeios e ruas planas)

46 – Superfícies pouco acidentadas (asfalto rachado)

- 47 – Superfícies irregulares e acidentadas (gramados e ruas de cascalho)
- 48 – Sobe e desce rampas e inclinações
- 49 – Sobe e desce meio-fio

L: SUBIR ESCADAS

- 50 – Arrasta-se e engatinha para cima por partes ou lances parciais de escada (1-11 graus)
- 51 – Arrasta, engatinha para cima por um lance de escada completo (12-15 graus)
- 52 – Sobe partes de um lance de escadas (ereto)
- 53 – Sobe um lance completo, mas com dificuldade (lento para idade)
- 54 – Sobe um conjunto de lances de escada sem dificuldade

M: DESCER ESCADAS (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)

- 55 – Arrasta-se engatinha para baixo por partes ou lances parciais de escada (1-11 graus)
- 56 – Arrasta-se rasteja para baixo por um lance de escada
- 57 – Desce ereto, um lance de escada completo (12-15 graus)
- 58 – Desce um lance completo, mas com dificuldade (lento para idade)
- 59 – Desce um conjunto de lance de escadas sem dificuldade

Somatório da Área Mobilidade:

Por favor, certifique-se de ter respondido a todos os itens

Comentários:

Área de Função Social

(Marque o correspondente para cada item; escores dos itens: 0= incapaz; 1= capaz)

A: COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA PALAVRA

- 1 - Orienta-se pelo som
- 2 - Reage ao “não”; reconhece próprio nome de alguma pessoa familiar
- 3 - Reconhece 10 palavras
- 4 - Entende quando você fala sobre relacionamento entre pessoas e/ou coisas que são visíveis
- 5 - Entende quando você fala sobre tempo e sequência de eventos

B: COMPREENSÃO DE SENTENÇAS COMPLEXAS

- 6 - Compreende sentenças curtas sobre objetivos e pessoas familiares
- 7 - Compreende comandos simples com palavras que descrevem pessoas ou coisas
- 8 - Compreende direções que descrevem onde alguma coisa está
- 9 - Compreende comando de dois passos, utilizando se/então, antes/depois, primeiro/segundo etc.
- 10 - Compreende duas sentenças que falam de um mesmo sujeito, mas de uma forma diferente

C: USO FUNCIONAL DA COMUNICAÇÃO

- 11 - Nomeia objetos
- 12 - Usa palavras específicas ou gestos para direcionar ou requisitar ações de outras pessoas
- 13 - Procura informação fazendo perguntas
- 14 - Descreve ações ou objetos
- 15 - Fala sobre sentimentos ou pensamentos próprios

D: COMPLEXIDADE DA COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA

- 16 - Usa gestos que tem propósito adequado
- 17 - Usa uma única palavra com significado adequado
- 18 - Combina duas palavras com significado adequado
- 19 - Usa sentenças de 4-5 palavras
- 20 - Conecta duas ou mais ideias para contar uma história simples

E: RESOLUÇÃO DE PROBLEMA

- 21 - Tenta indicar o problema ou dizer o que é necessário para ajudar a resolvê-lo
- 22 - Se transtornado por causa de um problema, a criança precisa ser ajudada imediatamente, ou seu comportamento é prejudicado
- 23 - Se transtornado por causa de um problema, a criança consegue pedir ajuda e esperar se houver uma demora de pouco tempo
- 24 - Em situações comuns, a criança descreve o problema e seus sentimentos com algum detalhe (geralmente não faz birra)
- 25 - Diante de algum problema comum, a criança pode procurar um adulto para trabalhar uma solução em conjunto

F: JOGO SOCIAL INTERATIVO (ADULTOS)

- 26 - Mostra interesse em relação a outros
- 27 - Inicia uma brincadeira familiar
- 28 - Aguarda sua vez em um jogo simples, quando é dada dica de que é sua vez
- 29 - Tenta imitar uma ação prévia de um adulto durante uma brincadeira
- 30 - Durante a brincadeira, a criança pode sugerir passos novos ou diferentes, ou responder a uma sugestão de um adulto com outra ideia

G: INTERAÇÃO COM OS COMPANHEIROS (CRIANÇAS DE IDADE SEMELHANTE)

- 31- Percebe a presença de outras crianças e pode gesticular ou vocalizar para os companheiros
- 32- Interage com outras crianças em situações breves e simples
- 33- Tenta exercitar brincadeiras simples em uma atividade com outra criança
- 34 - Planeja e executa atividade cooperativa com outras crianças; brincadeira é complexa e mantida
- 35 - Brinca de jogos de regras

H: BRINCADEIRA COM OBJETOS

- 36 - Manipula brinquedos, objetos ou corpo com intenção
- 37 - Usa objetos reais ou substituídos em sequência simples de faz-de-conta
- 38 - Agrupa matérias para formar alguma coisa
- 39 - Inventa longas rotinas de faz-de-conta, envolvendo coisas que a criança já entende ou conhece
- 40 - Inventa sequência elaboradas de faz-de-conta a partir da imaginação

I: AUTO-INFORMAÇÃO

- 41 - Diz o primeiro nome
- 42 - Diz o primeiro e último nome
- 43 - Dá o nome e informações descritivas sobre os membros da família
- 44 - Dá o endereço completo de casa, se no hospital dá o nome do hospital e o número do quarto
- 45 - Dirige-se a um adulto para pedir auxílio de como voltar para casa ou voltar para o quarto do hospital.

J: ORIENTAÇÃO TEMPORAL

- 46 - Tem uma noção geral do horário das refeições e das rotinas durante o dia
- 47 - Tem alguma noção na sequência dos eventos familiares da semana
- 48 - Tem conceitos simples de tempo
- 49 - Associa um horário específico com atividades/eventos
- 50 - Olha o relógio regularmente ou pergunta as horas para cumprir o curso das obrigações

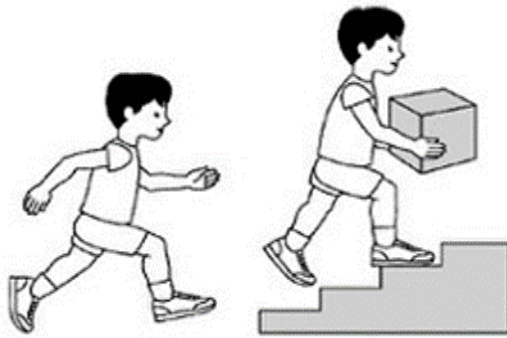
K: TAREFAS DOMESTICAS

- 51 - Começa ajudar a cuidar dos seus pertences se for dada uma orientação e ordens constantes
- 52 - Começa a ajudar nas tarefas domesticas simples se for dada uma orientação e ordens constantes
- 53 - Ocasionalmente inicia rotinas simples para cuidar de seus próprios pertences; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las
- 54 - Ocasionalmente inicia tarefas domesticas simples; pode requisitar ajuda física ou ser lembrada de completá-las
- 55 - Inicia e termina pelo menos uma tarefa doméstica que envolve vários passos e decisões; pode requisitar ajuda física

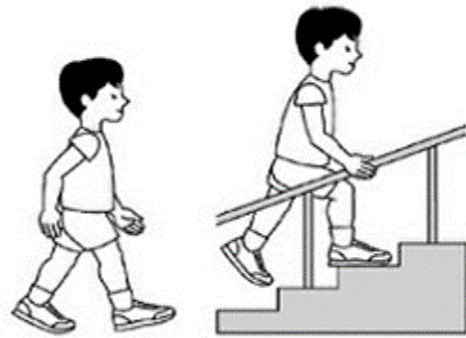
L: AUTOPROTEÇÃO

- 56 - Mostra cuidado apropriado quando está perto de escadas
- 57 - Mostra cuidados apropriados perto de objetos quentes ou cortantes
- 58 - Ao atravessar a rua na presença de um adulto, a criança não precisa ser advertida sobre as normas de segurança
- 59 - Sabe que não deve aceitar passeio, comida ou dinheiro de estranhos
- 60 - Atravessa rua movimentada, com segurança, na ausência de um adulto

Anexo 2: GMFCS - Gross Motor Function Classification System



GMFCS Level I



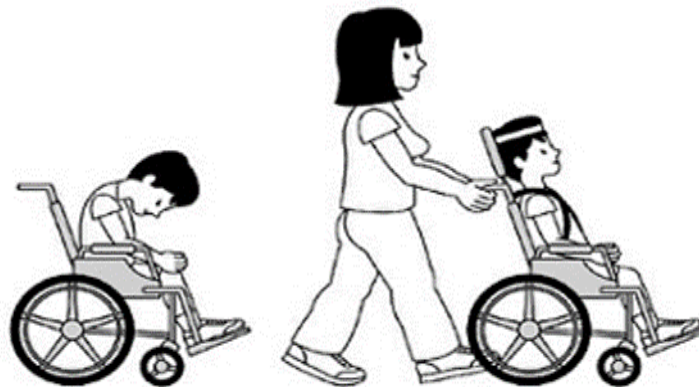
GMFCS Level II



GMFCS Level III



GMFCS Level IV



GMFCS Level V

Anexo 3: MACS - Manual Ability Classification System



O que você precisa saber para utilizar o MACS?

A habilidade da criança em manipular objetos em atividades diárias relevantes, por exemplo, durante o brincar e o lazer, comendo e vestindo-se.

Em qual situação a criança é independente e até que ponto ela precisa de suporte e adaptação?

- I. **Manipula objetos facilmente e com sucesso.** No máximo, limitações na facilidade de realizar tarefas manuais que requerem velocidade e precisão. Porém, quaisquer limitações nas habilidades manuais não restringem a independência nas atividades diárias.
- II. **Manipula a maioria dos objetos mas com a qualidade e / ou velocidade da realização um pouco reduzida.** Certas atividades podem ser evitadas ou serem realizadas com alguma dificuldade; maneiras alternativas de realização poderiam ser utilizadas, mas as habilidades manuais geralmente não restringem a independência nas atividades diárias.
- III. **Manipula objetos com dificuldade; necessita de ajuda para preparar e/ ou modificar as atividades.** O desempenho é lento e obtido com sucesso limitado em relação à qualidade e quantidade. Atividades são realizadas independentemente se elas tiverem sido organizadas ou adaptadas.
- IV. **Manipula uma variedade limitada de objetos facilmente manipuláveis em situações adaptadas.** Desempenham parte das atividades com esforço e com sucesso limitado. Requer suporte e assistência contínuos e/ ou equipamento adaptado, para mesmo assim realizar parcialmente a atividade.
- V. **Não manipula objetos e tem habilidade severamente limitada para desempenhar até mesmo ações simples.** Requer assistência total.

Distinções entre os níveis I e II

As crianças no nível I podem ter limitações para manipular objetos muito pequenos, pesados ou frágeis, o que requer controle motor fino minucioso, ou coordenação eficaz entre as mãos. Limitações também podem envolver desempenho em situações novas e não familiares. As crianças no nível II desempenham quase as mesmas atividades que as crianças do nível I, mas a qualidade do desempenho é menor, ou o desempenho é mais lento. Diferenças funcionais entre as mãos podem limitar a eficácia do desempenho. Crianças no nível II geralmente tentam simplificar a manipulação dos objetos, por exemplo, utilizando uma superfície de suporte ao invés de manipular objetos com as duas mãos.

Distinções entre os níveis II e III

As crianças do nível II manipulam a maioria dos objetos, embora lentamente ou com reduzida qualidade no desempenho. Crianças no nível III geralmente necessitam de ajuda para preparar a atividade e / ou requerem que sejam feitos ajustes no ambiente já que sua habilidade em alcançar ou manipular objetos é limitada. Elas não conseguem desempenhar certas atividades e seu grau de independência está relacionado ao grau de apoio oferecido pelo contexto ambiental.

Distinções entre os níveis III e IV

As crianças do nível III podem desempenhar atividades selecionadas se a situação é pré-estabelecida e se tiverem supervisão e tempo suficiente. As crianças no nível IV necessitam de ajuda contínua durante a atividade e podem, na melhor das hipóteses, participar significativamente somente em partes de uma atividade.

Distinções entre os níveis IV e V

As crianças do nível IV desempenham parte de uma atividade, porém, necessitam de ajuda contínua. As crianças do nível V podem, quando muito, participar com um simples movimento em situações especiais, por exemplo, apertar um simples botão ou ocasionalmente pegar objetos que são fáceis de segurar.